

## ХАРАКТЕРИСТИКА СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ У ПОТЕРПІЛИХ З ТРАВМАТИЧНИМ ОСТЕОМІЄЛИТОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

*Волошина Л.І., Бойко І.В.*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

Багатьма дослідженнями доведено, що у потерпілих з травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки крім вираженого больового синдрому має місце значне психоемоційне напруження, яке впливає на функціональний стан центральної нервової системи, де, на думку Г.Сельє, формується початкова ланка стресу. Подальший його розвиток реалізується через підпорядковані системи організму нервовим та гуморальним шляхом, зокрема через ендокринну систему, що призводить до зміни вегетативних функцій. Ці зміни супроводжуються певними порушеннями співвідношення формених елементів крові (Гаркаві Л.Х. та співавт., 1990). Закономірними проявами міграції та перерозподілу клітин крові при стресі є нейтрофільний лейкоцитоз, лімфо- та еозінопенія (Gannon G.A. et al., 1997 та ін.). Зміни кількості моноцитів не такі закономірні.

В роботах, присвячених вивченню стресових ситуацій показано, що при цьому має місце порушення нейрогуморальних механізмів регуляції адаптаційних процесів, активація процесів вільно-радикального окислення, пригнічуються пластичні функції, що призводить до гнійно-запальних ускладнень унаслідок імунодепресивного ефекту стресу.

Метою нашої роботи було вивчення змін показників периферичної крові, клітинного імунітету та методи фармакологічної корекції психоемоційного стану у пацієнтів з травматичним остеомієлітом нижньої щелепи. Нами обстежено 40 чоловіків у віці 25-45 років, які були розподілені на дві групи по 20 осіб. Перша група пацієнтів отримувала традиційну фармакотерапію, хворим другої групи до складу комплексної терапії були введені пірацетам по 5 мл 20% розчину 1 раз на добу внутрішньом'язово впродовж 10 днів та гідазепам по 20 мг тричі на добу впродовж 10 днів.

Встановлено, що у 75% пацієнтів з травматичним остеомієлітом нижньої щелепи мало місце збільшення кількості лейкоцитів у периферичній крові, сегментоядерних (до 73%) і паличкоядерних (до 10%) нейтрофілів, моноцитів (до 15%), еозинофілів (до 8%) та зменшення кількості лімфоцитів (до 10-15%), що дозволяє говорити про розвиток стресової реакції у відповідь на травму та ускладнення загосення кісткової рани.

На 10-у добу лікування у першій групі пацієнтів спостерігалася збільшення кількості лейкоцитів в периферичній крові, паличко- (7,2%) та сегментоядерних (69,2%) нейтрофілів, на фоні зменшення кількості лімфоцитів (13,3%).

У другій групі пацієнтів з травматичним остеомієлітом нижньої щелепи спостерігалася лише незначна лімфопенія (18,6%).

В результаті морфологічних досліджень біоптатів слизової оболонки в ділянці зони деструкції нижньої щелепи встановлено, що мають місце явища паракератозу, у деяких випадках у вигляді відшарування поверхневих шарів епітелію; зустрічалися клітини з вакуольною та гідротичною дистрофією. Визначалася проліферація базального шару клітин. У сосочковому шарі мали місце лімфоцитарні інфільтрати, у сітчастому - набряк периваскулярної сполучної тканини. Встановлена значна експресія НБА-ОЯ молекул в усіх шарах, спостерігалася інфільтрація  $СБ^{3+}$  клітинами епітелію та сосочкового шару.  $СБ^{4+}$  клітини наявні переважно в сосочковому шарі, а  $СБ^{8+}$  - в базальному та інфільтрація  $СБ^{16+}$  Т4К - клітинами, які розташовані поблизу базальної мембрани.

Таким чином, враховуючи, що у пацієнтів з травматичним остеомієлітом нижньої щелепи має місце поєднання гострого та хронічного стресорних станів, можна рекомендувати методику визначення наявності стресових реакцій за картиною периферичної крові для широкого використання в клінічній практиці, що дозволить оптимізувати лікування цього контингенту хворих. Для попередження стресорного впливу на організм пацієнта в комплекс фармакотерапії необхідно включати ноотропні препарати (стреспротектори) та денні транквілізатори (гідазепам), які нівелюють тривожні стани та психоемоційне напруження, що сприяє адекватному загоєнню кісткової рани.